Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Münster i. W.
(Direktor: Prof. Dr. F. Kehrer.)

Eheschwierigkeiten der erblichen Veitstanz-Kranken.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Medizinischen Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster i. W.

vorgelegt von

Edgar Loeser

aus Lippstadt i. W.

1 9 3 7

Buchdruckerei Thiele, Gütersloh i. Westf.

Dekan: Professor Dr. med. Heiderich

Referent: Professor Dr. med. Kehrer

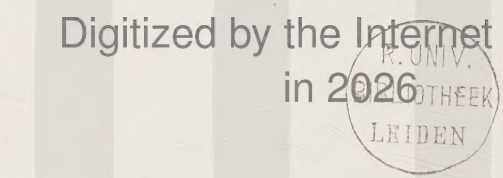
Korreferent: Professor Dr. med. Többen

1937

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (Westf.).

Meiner lieben Mutter
in Dankbarkeit gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026



https://archive.org/details/IA41547223_0045

Die Geschichte der Chorea fußt auf Paracelsus, der drei Arten von Veitstanz unterschied: 1.) Aus Einbildung, Vitista, Chorea imaginativa sive aestimativa, 2.) aus sinnlicher Begierde, Chorea lasciva, 3.) aus organischen Ursachen, Chorea naturalis sive coacta.

Ursprünglich galt der aus dem Mittelalter stammende Name nur für die pandemische Tanzwut, die als psychische Seuche gegen Ende des 14. Jahrhunderts am Unterrhein und später in Straßburg in Gestalt einer ausgedehnten Veitstanzepidemie aufgetreten war. Diese psychischen Epidemien ergriffen eine große Zahl von Menschen. Etwas Ähnliches soll heute noch vorkommen. Jakobi hat über eine solche Tanzepidemie, die 1920 in Thüringen von Much-Lamberty ins Leben gerufen wurde, berichtet. Da sie aber sexuell ausartete, wurde sie 1924 aufgelöst.

Bezeichnet wurden die Tänze als „Veitstanz" nach dem hl. Vitus oder als „Johannestanz" nach Johannes dem Täufer. Auch der hl. Willibrord gilt als Schutzpatron. Hier sei an die Echternacher Springprozession erinnert, als deren Schutzpatron er verehrt wird, und die heute noch üblich ist. Die Chorea St. Viti wurde von Witkowsky in Beziehung zu dem alten Slavengott Swantewitt gebracht, zu dessen Ehren man orgiastische Tänze aufführte, aber diese Deutung wurde von Martin scharf abgelehnt.

1872 hat der amerikanische Arzt George Huntington zuerst die hereditäre Form der spätauftretenden Chorea beschrieben. Mehr Beschreibungen kamen 1884 heraus, so von Ewald, Facklam und vielen anderen.

In der Folgezeit wurde dann die Bezeichnung Chorea auch auf die vereinzelten Fälle von eigentümlichen krampfartigen Bewegungen übertragen, also auf die Krankheitsformen, die noch heute vielfach als Chorea magna und Chorea minor unterschieden werden.

Die Chorea Huntington ist in ihrer ganzen Ausprägung durch folgende Eigentümlichkeiten charakterisiert.

1.) Erblichkeit.
2.) Später Beginn meist zwischen dem 30.—40. Lebensjahr.
3.) Choreatische Bewegungsstörungen.
4.) Psychische Störungen.
5.) Langsames Fortschreiten der Krankheitssymptome.
6.) Histo-pathologischer Befund am Gehirn.

Das grundsätzlich Wichtige kommt schon in der Namensgebung: Chorea chronica progressiva hereditarea zum Ausdruck. Huntington selbst hatte schon das Leiden durch das Merkmal der Erblichkeit gekennzeichnet. Er sagte: „Es ist erblich, so daß ganze Chorea-Familien an ihm erkranken können. Ist aber einmal in einer solchen Familie eine Generation übersprungen, so pflanzt sich das Leiden nie, wie andere erbliche Krankheiten, auf die dritte Generation fort.“ Huntington hatte weiter schon festgestellt, daß immer von einem kranken Elter das Leiden auf die folgende Generation übertragen wurde, und ein wirklich gesunder Elter immer eine dauernd gesunde Nachkommenschaft hervorbrachte. Somit war von Huntington die Erkrankung schon eindeutig als dominant vererblich charakterisiert worden.

1921 hat E n t r e s durch eingehende genealogische Untersuchungen die Chorea Huntington als eine Krankheit bezeichnet, die sich in direkter Linie durch unzählige Generationen ohne Unterbrechung fortpflanzt. Weiterhin sollen gesund gebliebene Chorea-Mitglieder dauernd gesunde Nachkommen haben. „Je genauer man die Wirklichkeit prüfend erfaßt,“ sagt E n t r e s, „um so weniger hält man sich hinsichtlich der Anlage zur Erbchorea für berechtigt, von polymorpher Vererbung, transmutativer Heredität oder Vererbungskreisen zu reden. Die Chorea Huntington folgt im Erbgang einem unabänderlichen Gesetz, nämlich dem Gesetze der dominanten Vererbung.“

S j ö g r e n, der an Hand eines verhältnismäßig großen Materials aus Schweden dieser Frage nachgegangen ist, kommt zu dem Schluß, „daß die Krankheit mit einem sehr hohen Grad von Wahrscheinlichkeit einem monohybriden dominanten Erbgang folgt.“

Nach Kehrer erklärt sich die Bedeutung der Vererbung bei Chorea Huntington daraus, daß es sich um eine Art der Erblichkeit handelt, die als der echteste Beweis für Vererbung aufgefaßt wird, nämlich es findet sich hier der dominante Modus, wie er in dem sogenannten „klassischen Mendelfall“ zum Ausdruck kommt: das regelmäßige Manifestwerden der Erkrankung in der Nachkommenschaft aufeinanderfolgender Generationen. Dieser Vererbungsmodus kennzeichnet sich durch das Wiederbefallensein von durchschnittlich 50 von Hundert der Kinder aus Ehen, in denen der eine Partner an erblichem Veitstanz leidet, weil die „Anlage zu Krank“ über die „Anlage zu Gesund“ dominiert. Für die Nachkommen der gesunden Kinder gilt die Nettleshipsche Regel: „Einmal frei, für immer frei.“

So einfach in den meisten Fällen wegen der durchsichtigen Erblichkeitsverhältnisse der Nachweis der Vererbung ist, so schwierig scheint er wieder in anderen Fällen zu sein, so daß als einzige Differenz eben nur die Heredität besteht. Aber K e h r e r hat eindeutig

darauf hingewiesen, sich mit einem negativen Ergebnis nicht zufrieden zu geben, sondern bei Intensivierung der Familiengeschichte wird oft die Heredität sichergestellt. Gleichzeitig macht Kehrer besonders darauf aufmerksam, daß wegen der durchsichtigen Erblichkeitsverhältnisse bei der Chorea Huntington die Gefahr besteht, im „Prokrustesbett des Mendelismus vergewaltigt zu werden und zu erstarren."

Ebenso betont Kehrer bei der Vererbung der Chorea die Erscheinung der Anteposition. Es soll nämlich in Chorea-Sippen mit dominant vererbten Heredo-Degenerationen der Erkrankungsbeginn in immer früheren Lebensjahren zum Vorschein kommen, sodaß die Chorea in der ältesten kranken Generation im Vorgreisenalter deutlich wird, in den darauf folgenden Generationen im 50. oder 40. Lebensjahr und in der 4. Generation schon vor dem heiratsfähigen Alter. Da diese Generation keinen passenden Ehepartner mehr findet, merzt sie sich nach Heilbronner damit von selbst aus.

Nach Huntingtons eigenen Angaben soll die Krankheit nie in der Jugend auftreten und nur selten später als im 40. Jahre. Nachträgliche Beobachtungen haben jedoch diese Grenzen als viel zu eng gezeigt. Wollenberg hat für 59,4% einen Beginn zwischen dem 30. und 45. Lebensjahr berechnet, Entres für 58,2%. Zwischen dem 21. und 60. Jahre sollen nach Entres 94% erkranken. Meggendorfer sah eine choreatische Erkrankung bei einem 13jährigen Knaben. Der früheste Manifestationsbeginn ist nach Kehrers Beobachtung das 3. Jahr, nach Runges das 2. Lebensjahr. Die Chorea tritt also zweifellos zuweilen schon in recht jugendlichem Alter auf. Die Statistik zeigt aber, daß solche frühzeitige Erkrankungen sehr selten sind. Wenn man die ersten noch nicht charakteristischen Symptome der Erkrankung mit einbezieht, ist es viel schwieriger, das Erkrankungsalter festzustellen, da sich vor der eigentlichen Chorea oft leichte motorische Abweichungen in Form von nächtlicher Unruhe, Lautsprechen im Schlaf (Rosenthal), Heißhunger oder Gefräßigkeit (Runge), symptomatischer Rheumatismus im Sinne Kehrers und psychische Auffälligkeiten ihrer prämorbiden Persönlichkeit zeigen. Es muß deshalb der Manifestationsbeginn der Erkrankung sehr früh angenommen werden.

Zu erwähnen sind hier noch zwei biologisch bemerkenswerte Erscheinungen in den Familien mit Erbveitstanz, die Kehrer besonders betont, nämlich die erhöhte Kindersterblichkeit und die Häufigkeit von Zwillings- und Mehrgeburten. Diesen Gegensatz trifft man fast ausschließlich nur bei Chorea Huntington an, und gerade in den Zweigen, die von der Krankheitsmanifestation verschont bleiben. So fanden sich in einer von Kehrer ermittelten Choreasippe 4 Zwillingsgeburten.

Ein weiteres wichtiges Symptom im Verlauf der Chorea sind die körperlichen Störungen, das choreatische Syndrom, das sich nach Förster aus folgenden Symptomen zusammensetzt:

1. flüchtige, inkonstante Fixationsspannung der Muskeln.
2. Starke Mitinnervation und Mitbewegungen bei willkürlichen Bewegungen.
3. Herabsetzung des plastischen Muskeltonus.
4. Choreatisches Bewegungsspiel in der Ruhe.
5. Verminderter Dehnungswiderstand und Überdehnbarkeit der Muskeln.
6. Lebhafte Steigerung der Reaktions- und Ausdrucksbewegungen.
7. Unmöglichkeit des Sitzens, Aufsetzens, Stehens und Gehens.

Hervorzuheben ist besonders die choreatische Hyperkinesie mit ihrem eigenartigen Nebeneinander von wechselnder Hyper- und Hypotonie, die 2 Arten von „Modifikationen des klassischen Bildes" zeigen kann, nämlich eine Überdeckung bzw. ein Ersatz der Zuckungen durch eine meist fortschreitende Versteifung. (Jakob, Meggendorfer.)

Als Folge der unwillkürlich-willkürlichen Muskelbewegungen ergibt sich nach Kehrer in den alltäglichen Handlungen eine am besten als Fahrigkeit bezeichnete Leistungsstörung. Die Kranken haben öfters „Pech", vertuen sich häufig, zerbrechen Gegenstände, stolpern, fallen und erleiden Schaden. Sie zeigen fast immer eine Uneinsichtigkeit für ihren Zustand und sind daher als pathologisch fahrlässig und nachlässig zu bezeichnen, welches für die Unfallbegutachtung von Bedeutung ist.

Als Kardinalpunkt kommen außer den körperlichen Symptomen und der Vererbung die psychischen Störungen in Betracht, die zum klassischen Bild der Chorea gehören. Bei der Mehrzahl der vorgeschrittenen Fälle bilden sich progressiv zunehmende Intelligenzdefekte aus, die zuletzt das ganze Krankheitsbild beherrschen. Diese zerfallen nach Facklam in transitorische und chronisch-habituelle. Bei den ersteren beobachtet man eine starke Reizbarkeit, Aufregungszustände, Wahnideen und einen nicht seltenen Selbstmordtrieb. Zu den letzteren, die eine größere Bedeutung haben, werden die Störungen auf intellektuellem Gebiet gerechnet. Psychische und somatische Störungen bei der Chorea stehen nicht in einer gesetzmäßigen quantitativen Beziehung. So können sich bei schwerer körperlicher Erkrankung nur leichte psychische Veränderungen, andererseits bei geringen somatischen Erscheinungen schwere Demenz finden.

Schon Huntington hat darauf hingewiesen, daß die psychischen Störungen dem ganzen Krankheitsbild das charakteristische

Gepräge geben. Die Chorea beginnt nach Huntington in gewöhnlicher Weise, steigert sich zu den höchsten Graden, führt meist zu Geistesstörung, oft mit Selbstmordtrieb und schließlich allmählich zum Tod. Sepilli vertrat den Standpunkt, daß auffallende psychische Veränderungen, die sich bis zur Melancholie mit Selbstmordneigung steigern können, und eine allgemein fortschreitende Verblödung diese durchaus auf erblicher neuropathischer Grundlage beruhende Erkrankung begleite. Watson hob die große Reizbarkeit der Choreakranken hervor, ihre wechselnde Stimmung, ihre ohne merklichen äußeren Anlaß sich oft plötzlich ändernden Gefühls- und Willensäußerungen, während Golgi eine progressiv zunehmende Schwäche mit Verfolgungsdelirien und Wutanfällen betonte. Romberg beobachtete Aufgeregtheit, Delirien oder Stumpfsinn und starke Gemütsaffekte. Gedächtnisschwäche bis zur tiefsten Verblödung mit nicht seltenen interkurrenten Tobsuchtsanfällen bei der Chorea fanden Ciciniione und Mirto. Andere erwähnten wieder die melancholische Verstimmung, die Neigung zum Selbstmord, so Dreves und Sinkler. Peretti stellte eine so hochgradige Schwächung der intellektuellen Fähigkeiten fest, daß eine progressive Paralyse vorgetäuscht werden kann. Ebenso machte Jolly darauf aufmerksam, daß die geistige Schwäche in manchen Fällen auf einer mittleren Stufe stehen bleibe, häufig aber mit den Jahren sich immer steigere und schließlich zu den tiefsten Stufen des Blödsinns führe, und somit unter Hinzutritt motorischer Schwäche das Bild der Dementia paralytica sich entwickeln könne. Hoffmann erwähnte den immer mehr fortschreitenden Verfall der geistigen Fähigkeiten, bis im Endstadium kaum noch ein Unterschied von gewöhnlicher Paralyse besteht. Diller sagte: „In allen Fällen von Chorea besteht eine mehr oder minder ausgeprägte Tendenz zur Abschwächung der psychischen Fähigkeiten, die in manchen Fällen progressiv ist und selbst zu terminalem Blödsinn führt."

Das Vorkommen von Halluzinationen bei Chorea neben mehr oder weniger ausgeprägtem Schwachsinn betonten Bouteille und auch Sée. Ebenso kam Soltmann zu der Schlußfolgerung, daß neben den im Vordergrund stehenden motorischen Reizzuständen psychische Störungen „von der leichtesten Mißstimmung und vorübergehenden Halluzinationen bis zeitweise zu den größten Ausschreitungen der Manie und Melancholie" eine Teilerscheinung der Chorea bilden.

Ball fand bei allen Choreafällen psychische Alteration bis zur ausgebildeten Psychose. Er unterschied drei Formen choreatischer Geistesstörung:

1. Einfaches incohärentes Delirium.
2. Choreatische Manie.

3. Choreatische Melancholie, die in Verfolgungswahn übergehen kann.

Daß Chorea mit einer gewissen geistigen Alteration einhergeht, behauptete Savage, der gleichfalls eine eintretende Verblödung betonte.

Gerhard hob eine in gemütlicher Beziehung bedeutende Depression und in schweren Fällen starke Erregungszustände und Abnahme der geistigen Kräfte hervor. Arndt kam zu der Ansicht, daß es überhaupt keine Chorea gibt „ohne gleichzeitiges psychisches Leiden." Er sagte u. a.: „Wenn man unter den psychischen Störungen nicht nur das dumpfe Hinbrüten, das düstere Schweigen, Seufzen und Stöhnen der Melancholischen, das laute Toben, Singen, Schreien und Brüllen der Manischen versteht, wenn man darunter nicht nur das Irrereden, den Wahnsinn, die Verrücktheit und den Blödsinn begreift, sondern auch schon die gesteigerte oder geschwächte Empfänglichkeit für äußere Eindrücke und die anormale Reaktion gegen dieselbe, d. h. eine erhöhte Reizbarkeit oder eine gewisse Lethargie darunter zählt, so gibt es auch keine Chorea ohne psychische Alteration." Jolly erklärte bezüglich des psychischen Verhaltens bei Choreakranken als überwiegende Erscheinungen die vermehrte gemütliche Reizbarkeit und die verminderte geistige Leistungsfähigkeit, die sich bis zu Melancholien, Manien, Delirien oder auch Verwirrtheit und akuter Stupidität steigern können. Nach Emminghaus ist besonders eine Steigerung der sinnlichen wie psychischen Hyperalgie bis zur Schreckhaftigkeit und Reizbarkeit, verbunden mit gemütlicher Aufregung, Ungeduld und Neigung zum Zorn vorhanden. Ebenso beherrschen traurige, düstere Stimmung, mürrisches Wesen, rascher Stimmungswechsel das Krankheitsbild. Marcé beobachtete einmal oberflächliche Veränderungen des Gemüts und der Intelligenz, dann ausgesprochene Geistesstörung mit Sinnestäuschungen und tobsüchtigen Aufregungszuständen. Marcé unterschied fünf Formen der Psychosen bei Chorea:

1. Störung der Empfindung mit Reizbarkeit oder Melancholie.
2. Störungen der Intelligenz mit Gedächtnisschwäche.
3. Ideenflucht mit Unaufmerksamkeit.
4. Halluzinationen, besonders des Gesichtes.
5. Manische Delirien.

Hasse wies bei der Chorea auf eine gewisse Geistesschwäche, Mangel an Aufmerksamkeit, Abnahme des Gedächtnisses, Unfähigkeit zu einem geordneten Ideengang und zu folgerichtigen Urteilen, Veränderung in der Gemütsstimmung, wie Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit, Eigensinnigkeit und Launenhaftigkeit hin.

Allseits werden in neuerer Zeit die psychischen Abweichungen der Choreakranken bestätigt. So erwähnt Kehrer Unerfreulichkeiten von Temperament und Charakter, unbestimmte Wahnbildungen, vor allem Eifersuchts- und Beeinträchtigungsideen, sowie eine langsam zunehmende Geistesschwäche und schließlich einen Zustand völliger Hilflosigkeit und Pflegebedürftigkeit. Bumke beobachtete im Beginn des Leidens Stimmungs- und Affektanomalien, die sich in Form von mürrischem, verschlossenem und nörglerischem Wesen zeigen. Die Launenhaftigkeit und die oft ganz erheblich gesteigerte Reizbarkeit, wie Entres betont, ist besonders auffallend. Harmlose, ruhige, gutmütige Menschen werden plötzlich aufbrausend, gereizt, nörglerisch und zornig. Ebenso entwickelt sich eine dauernde depressiv oder manisch gereizte bzw. sorglos gleichgültige Stimmungslage. Josephy ist der Ansicht, daß die Choreakranken äußerst schwierige Persönlichkeiten sind durch ihre plötzliche Erregbarkeit, Unverträglichkeit, paranoide Ideen, Hemmungslosigkeit und Unbeherrschtheit. Oft kommt es zu wüsten Zerstörungen im Hause und zu Mißhandlungen der eigenen Angehörigen. Kehrer bezeichnet die Kranken als sozial haltlos und schwierig. Sie treiben sich auf der Straße herum, verwahrlosen, betteln sich ihr Brot zusammen und sind ein Crux für ihre Umgebung. Entres erwähnt mit dem Auftreten der choreatischen Erscheinungen schwere ethische Degeneration und Verminderung oder Verlust der Willenskraft. Die Kranken verfallen der Unzucht, der Vagabundage, dem Alkoholismus, begehen Mordversuche, Brandstiftungen und sinnlose Zerstörungen. Schuppius gibt echte Verblödungen bei Chorea an, wenn sie gewöhnlich auch nicht einen so hohen Grad wie bei der progressiven Paralyse erreichen. Meggendorfer findet sexuell anspruchsvolle und leicht benachteiligte Kranke, weiter häufiges Vorkommen von Lues, Neigung zu kriminellen Handlungen und Alkoholmißbrauch, das er als Ausdruck der konstitutionellen Minderwertigkeit betrachtet. Ebenso finden Rosenthal und Reisch Neigung zum Vagabundieren und zu Unregelmäßigkeit in der Erfüllung der Berufspflichten, außerdem Jähzorn und Streitsucht. Ähnliche Erscheinungen führt Schelle an, der auch noch Neigung zum Selbstmord hervorhebt. Josephy gibt eine erhebliche Abstumpfung der ethischen und sittlichen Qualitäten, schwere sexuelle Abnormitäten und hochgradige Verblödung an. Es zeigt sich eine deutliche „Charakterveränderung". Kraepelin erwähnt geschlechtliche Angriffe auf die Umgebung. Besonders weibliche Kranke sind in manchen Stadien des Leidens stark erotisch. Kehrer führt die sexuelle Zügellosigkeit nicht nur auf die allgemeine Hemmungslosigkeit der Kranken, sondern auch auf eine spezifische somatische Konstitutionsanomalie zurück. Lewis kommt durch autoptische Untersuchungen zu dem Resultat, daß die

jugendlichen Hoden mit Überproduktion von Spermatozoen in einem gewissen Gegensatz zu der allgemeinen und frühzeitigen Arteriosklerose einzelner Organe stehen.

Selbstmordversuche, von außen hervorgerufene und rein endogen entstandene Zorn- und Tobsuchtsanfälle sind nach Entres dem psychischen Krankheitsbild bei Chorea nicht fremd. Es bildet sich allmählich ein gleichgültiges, gedrücktes, rührseliges Wesen heraus. Benedek und Csörsz berichten über Depressionszustände, jedoch sind diese nach Bumkes Erfahrungen nicht sehr häufig. Vielmehr tritt eine von vornherein einsetzende und zunehmende gemütliche Abstumpfung auf. Zuweilen versuchen die Kranken ihre Stimmung nach Redlich mit ihrer traurigen Lage und dem aus ihrer Familie bekannten Schicksal zu motivieren. Redlich betont weiterhin noch eine Weinerlichkeit, Menschenscheu, Neigung zu hypochondrischer Auffassung der Krankheitserscheinungen, die mit depressiver Stimmung, zeitweiliger Ängstlichkeit, stärkerer labilen Stimmung verbunden sein können. Kehrer erwähnt auch eine Depression mit Selbsttötungsdrang. Auffallend ist oft die Einstellung der Kranken zu ihrem Leiden. Nicht wenige der stumpfen Kranken bemerken die Zuckungen gar nicht und leugnen sie sogar ab. Andere beachten kaum ihre Krankheit aus einer mehr euphorischen Stimmung heraus.

Eine euphorisch-expansive Stimmungslage, die sogar eine Paralyse vortäuschte, ist selten beschrieben worden. (Meggendorfer, Entres, Geratovitsch). Häufiger ist aber nach Bumke eine große Reizbarkeit und eine mehr morose Stimmungslage mit Unverträglichkeit, Streitsüchtigkeit, Nörgeln und Querulieren aus nichtigen Gründen. Entres betont einen unabwendbaren, vollkommenen Zerfall der geistigen Persönlichkeit, der sich auf das Persönlichkeitsbewußtsein und auf die Orientierungsfähigkeit erstreckt. Das Krankheitsbewußtsein, das schon bei ganz geringfügigen intellektuellen Störungen der Schwere der Krankheit nicht entspricht, geht ganz verloren. Besonders häufig sind bei der Chorea Wahnideen, wie Verfolgungs-, Größen- und Eifersuchtswahn. In engem Zusammenhang mit den Wahnideen steht auch eine fortschreitende zunehmende Urteilsschwäche. Entres bezeichnet die Kranken als verwahrlost, vertrottelt, schamlos gleichgültig und einfältig. Kehrer findet regelmäßig seelische Abweichungen, in ausgeprägten Fällen geradezu eine vollkommene Wesensumkehr. Sonst sind bei den Kranken die Unverträglichkeit, Streitsucht, Fahrigkeit, Sprunghaftigkeit, Reizbarkeit, Unbeherrschtheit und Schlechtgelauntheit auffallend. Sich selbst überlassen sind sie dagegen teilnahmslos. Werden diese Krankheitssymptome stärker, so treten erhebliche Aufmerksamkeitsstörungen, ein sichselbstgenügendes Versunkensein, starke Interessenlosigkeit

für die Außenwelt, Gedächtnisabnahme in den Vordergrund des psychischen Krankheitsbildes. Meggendorfer findet auf dem Gebiete der Auffassung, der Aufmerksamkeit, der Vorstellungs- und Begriffsbildung starke Ausfälle. Die Auffassung ist erschwert, der Gedankenablauf verlangsamt, die Aufmerksamkeit kann nicht gleichmäßig angespannt werden. Kattwinkel wies partielle Gedächtnisstörungen und völliges Versagen der Aufmerksamkeit nach. Mayer und Reisch beobachteten einen eigenartigen Ausfall der Fähigkeit, perspektivische Verhältnisse einer Zeichnung zu erfassen, ferner eine Oberflächlichkeit und Flüchtigkeit der Auffassung. Curschmann erwähnt eine erhöhte geistige Ermüdbarkeit, ebenso Redlich und Löwenfeld. Runge spricht von einer akustischen und optischen Störung der Merkfähigkeit. Schultze hebt einen Verlust der Merkfähigkeit und der Erinnerung an frühere Ereignisse hervor: „Vor allem leidet die Kritik und das Urteil, auch die einfachsten Kenntnisse gehen verloren, schließlich haben wir eine ausgesprochene Demenz vor uns.“ Eine geringe Erschwerung der Hervorrufung von Erinnerungsbildern an vertraute Orte beobachteten Mayer und Reisch. Auffallend schlecht sind die Schulkenntnisse, selbst bei Fehlen der nicht ganz seltenen angeborenen Debilität.

Neben den Störungen der Verstandestätigkeit findet Meggendorfer anamnestische Störungen in Form von Erschwerung und Hemmung der Erkennung von Sinneswahrnehmungen. Außerdem kommt nach Meggendorfer eine mangelhafte Einstellung vor, wodurch nur Teil- oder Nebeneindrücke erfaßt werden, weiterhin Störungen der Wortfindung und apraktische Störungen, die auch Geratovitsch beobachtet hat. Die sprachlichen Äußerungen bezeichnet Hochheimer als wortarm, spärlich und telegrammstilartig. Die Kranken sprechen überhaupt nur abrupt, in Form von Einwortsätzen und mit größter artikulatorischer Sparsamkeit. Jäger findet Störungen, bzw. Verluste des Rechenvermögens. Dagegen ist Kattwinkel der Ansicht, daß es sich nicht um grobe Intelligenzdefekte handelt, sondern diese nur durch Gedächtnisstörungen und hauptsächlich durch völligen Mangel an Aufmerksamkeit vorgetäuscht werden.

Andere Autoren wie Hamilton Peachell und Kruse erwähnen verlangsamten trägen Ablauf des Denkens und Handelns. Auf dem Gebiete des Denkens zeigen sich nach Hochheimer Ausfälle, die auf verschiedenen Leistungsgebieten insofern eine Ursache haben, als sie sämtlich auf mangelnder Dirigierbarkeit der Denk- und Sprachmotorik beruhen. Freund sagt: „Der psychische Einschlag offenbart sich besonders in den Affektäußerungen und Ausdrucksbewegungen. Bei letzteren treten die Erschwerungen der Ansprechbarkeit, die Affektstumpfheit, der Mangel jeglicher Sponta-

nität, das verspätete Einsetzen der erst nach öfterem Vormachen und intensivem, häufigem Auffordern erreichbaren Initiativbewegungen, das Rudimentäre der schließlich motorischen Leistung stark in Erscheinung." Entres meint, die Kranken mit Gedächtnisabnahme, erheblichen Aufmerksamkeitsstörungen und Interessenlosigkeit lebten schließlich traumhaft dahin, und eine leichte Bewußtseinstrübung, eine traumhafte Benommenheit liege vor, die in einer Erschwerung des inneren Gedankenablaufes und in mangelnder Konzentrationsfähigkeit begründet sei. Meggendorfer erwähnt eine ausgesprochene Gedankenarmut und Einförmigkeit der Assoziationstätigkeit, sowie ein Haften von Vorstellungen, das Meggendorfer als auch Margulis auf ein Abgleiten des Willensantriebes in die einmal beschrittene Bahn und auf die Unfähigkeit zu neuen Verknüpfungen zurückführen. „Ob die Kranken ein Wort suchen oder festhalten oder ein inneres oder äußeres Bild aufnehmen und erkennen, ob sie etwas gedanklich oder gliedmotorisch greifen und halten sollen, immer geraten sie, wie Hochheimer betont, „durcheinander, treffen nicht und gleiten in ein Nichts."

Sehr groß ist oft das Hungergefühl und Eßbedürfnis. Die bei anderen Kranken ausreichende Nahrung genügt bei den Choreakranken nicht, wie Runge, Margulis und Geratovitsch beobachteten. Ihre Nahrungsaufnahme ist doppelt so groß, und ihr Gewicht nimmt dagegen noch ab.

Es sind nun bei den Huntington-Kranken nicht ganz selten Psychosen, die nicht einfach in die Richtung der Demenz gehen, beobachtet worden. (Facklam, Redlich, Neumann, Geratovitsch, Meggendorfer). Gelegentlich ausgesprochene euphorisch-demente Größenideen wie bei einer Paralyse treten auf. Sehr häufig sind paranoide Zustände von dem Charakter wahnhaft systematisierter Psychosen, oft verknüpft mit Halluzinationen. Wie diese Psychosen und andere akute delirante Zustände bei den Choreakranken und auch sogar bei nicht choreatischen Familienmitgliedern (Kehrer) zu erklären sind, ist nicht ohne weiteres zu entscheiden. Kehrer ist gewillt, hier eine Auswirkung der Erkrankung zu sehen.

Meggendorfer glaubt, die psychischen Störungen bei der Chorea auf 2 Gruppen zurückzuführen. Bei der ersten handelt es sich um eine Erschwerung und eine Verlangsamung aller gedanklichen Verknüpfungen. Bei der zweiten vielleicht auch im Kleistschen Sinne um Folgen der Bewegungsstörungen und namentlich der damit verbundenen Störungen der Einstellung. Die Intelligenzstörungen können in den einzelnen Fällen sehr verschiedene Grade erreichen, wie auch Entres betont. Die Entwicklung der Demenz geht übrigens nicht mit der Entwicklung der choreatischen Zuckungen und ihrer

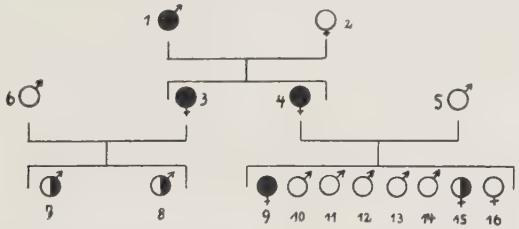
Intensität einher. Nach Margulis kommt bei starker Hyperkinesie ein geringer Schwachsinn und umgekehrt vor.

Kehrer hebt besonders hervor, daß die von Davenport erkannte Tatsache, in manchen Chorea-Familien beschränkten sich die psychischen Abweichungen auf eine konstitutionelle Choreopathie, d. h. auf eine dauernde Charakter- und Temperamentstörung, paranoide oder demente Prozesse dagegen ausblieben, durch die histologischen Befunde von Bielschowski, Jakob und Spielmeyer erläutert werde.

Im Folgenden soll an Hand von drei Beobachtungen aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Münster (Direktor Prof. Dr. F. Kehrer) ein Einblick in das Wesen der psychischen Störungen der erblichen Veitstanz-Kranken gegeben werden. Zur Darstellung sei betont, daß die Beschreibung der körperlichen Symptome, dem leitenden Gesichtspunkt der Untersuchung entsprechend, absichtlich nur kurz gefaßt ist.

Fall I. Frau Emma Schulte, geb. am 24. 9. 1902.

Über die Familiengeschichte gibt die folgende Familientafel Auskunft:



1. geb. etwa 1850 in Solingen, wurde nicht alt. An Erbveitstanz gestorben.
2. gesund.
3. geb. 1875. 1915 in der Anstalt zu E. gestorben an Veitstanz.
4. geb. 1879, gestorben 1922 mit 43 Jahren an Erbveitstanz in der Anstalt zu E.
5. und 6. gesund.
7. und 8. gehen elend daher, zittern mit den Händen.
9. Proband.
10. Mit 24 Jahren durch Unglücksfall gestorben.
11. bis 14. im ersten Lebensjahr gestorben an Pneumonie und „Zahnkrämpfen".
15. leidet an Bettnässen, ist arbeitsscheu, lebt im Armenhaus.
16. gesund.

Als Kind hat Frau Sch. Masern gehabt. Einmal hat sie in der Schule eine Klasse wiederholen müssen, „sie habe schwache Nerven gehabt", hat der Vater gesagt. Sie sei aber nur deshalb sitzen geblieben, weil sie mit dem Schreiben nicht recht fertig werden konnte. Das Strichezieheu und das Zeichnen fiel ihr schwer. Auch im Rechnen war sie schlecht. Sie meine, sie hätte die Gedanken nicht mehr recht zusammenhalten können.

Frau Sch. ist seit 9 Jahren verheiratet, hat zwei normale Geburten durchgemacht, sie war auch schon vor der ersten Schwangerschaft unruhig. Sie weiß selbst, daß sie es schon früher bemerkt hat. Schon als Kind hat sie einen schweren Gang gehabt. Auch der Mund und die Hände zeigten die Unruhe schon vor der ersten Gravidität. Nach der zweiten Geburt ließ die Unruhe des Körpers etwas nach.

Frau Sch. hat früher den Haushalt gut geführt, plötzlich wurde sie lodderig und zänkisch, hat die Kinder viel geschlagen. Sie war zeitweise geistesabwesend, unzugänglich und scheu. Seit einem halben Jahre trat vor allen Dingen der heute im Vordergrund stehende steife Gang in Erscheinung, wozu in den letzten Wochen noch unwillkürliche gesteigerte Bewegungen der Arme, sowie unmotiviertes Lachen hinzukam. In der letzten Zeit fiel sie dadurch auf, daß sie ihre Wohnung und sich selbst völlig vernachlässigte und mangelhaft bekleidet auf der Straße herumlief, wofür sie infolge ihrer Kritiklosigkeit gar kein Verständnis hatte. Obwohl das beste Eheverhältnis bestand, ging sie zum Nachbar und sprach über ihren Mann, Kinder und Schwiegermutter. Der Mann habe sie schlecht behandelt, er wolle sie nicht mehr als Frau haben. Heimlich ging sie ohne Wissen des Mannes zum Rechtsanwalt und beantragte wegen der schlechten Behandlung von seiten ihres Mannes die Scheidung. Als Zeugen gab sie die Nachbarn an.

Da Frau Sch. die Scheidung eingereicht hat, lebt sie seit August 1936 von ihrem Mann getrennt. Es sei jetzt wegen dieser Mißhandlung Termin Ende des Monats. Auch die Schwiegereltern seien gewalttätig gegen sie geworden, der Schwiegervater habe sie an die Kehle gepackt. Das letzte Kind habe sie gar nicht gewollt. Sie habe sich aber aus Angst vor ihrem Manne nicht gewehrt. Er würde sie sonst geschlagen haben. Auch wegen der Kindererziehung habe es Streit gegeben, ferner wegen des Haushaltungsgeldes. Der Mann habe ihr nur ein paar Mark gegeben für die Woche. Er selbst habe ihr nicht recht gefallen, schon vor der Ehe nicht.

Es besteht bei Frau Sch. typische choreatische Unruhe hohen Grades: Die Zunge wird unter dauerndem Wogen herausgestreckt, kann nicht ruhig gehalten werden. Die Arme werden ununterbrochen umhergeschleudert, der Kopf nickt auf und ab, der Oberkörper wippt. Frau Sch. zeigt ein dauerndes wechselndes Mienenspiel oft wie

Lachen. Die Sprache ist undeutlich, verwaschen. Das Nachsprechen ist sehr fehlerhaft, zuweilen ist starkes Schnalzen hörbar. Die Unruhe des Körpers nimmt bei Intentionsbewegungen zu.

Psychisch zeigt Frau Sch. für ihre Krankheit eine vollkommene Uneinsichtigkeit. Sie meint, sie sei grundlos in die Klinik gekommen, ihr Mann wolle sie nur loswerden, um möglichst bald eine andere Frau heiraten zu können. Von einer Nervenkrankheit will sie nichts wissen. Sie habe nur schwache Nerven. Ihre Mutter habe zwar eine Nervenkrankheit gehabt, diese habe auch entschieden auffällig mit den Händen gezittert. Sie leugnet ab, in halbangezogenem Zustand aus dem Hause gegangen zu sein: „So etwas kommt bei mir nicht vor". „Die Schwiegermutter borgt immer von mir, davon sehe ich nie etwas wieder. Sie spricht stets über mich und sagt, ich sei nervenkrank. Der erste Mann hat es bei ihr nicht aushalten können, jetzt bezieht sie Stempelgeld, aber nach 3 Tagen ist alles ausgegeben. In meinem Haushalt ist alles in Ordnung, aber seit ich von meinem Manne fort bin, habe ich keinen rechten Haushalt mehr. Mein Mann spricht auch überall herum, daß ich dumm sei, ich sei geistig nicht normal, das hat er schon gesagt, als ich ein halbes Jahr verheiratet war." Frau Sch. gibt auf die Frage, was sie den ganzen Tag treibe, an: Sie habe kein Sitzfleisch, müsse öfter aufstehen, nachdem sie sich einige Zeit sitzend beschäftigt habe. Auch als sie früher in Stellung gewesen sei, sei es ihr so gegangen. In der Klinik werde es ihr langweilig, sie möchte am liebsten nach Hause gehen.

Frau Sch. macht richtige Angaben über die Kriegserlebnisse des Vaters. Sie kann sich erinnern, daß er 1915 eingezogen, Ende des Krieges verwundet wurde, dann im Lazarett in Köln und Bonn war. Auf die Frage nach der Art ihrer Krankheit gibt sie zur Antwort: „Ich war nur matt, so übertüchtig matt."

Beim Schreiben ihres Namens nutzt sie die ruhigen Momente aus, setzt fast bei jedem Aufstrich ab, findet aber meist den Ansatz genau wieder. Leichte Additions- und Multiplikationsaufgaben vermag sie zu lösen, aber sehr langsam, während sie etwas schwerere Aufgaben wie Subtraktions- und Divisionsaufgaben nicht zu lösen vermag. Sie versteht den Sinn einer kleinen Fabel und gibt ihn auch richtig wieder. Lesen kann sie nur mit größter Schwierigkeit, die Kritikfähigkeit erscheint abgeschwächt. Von den Festen weiß sie, daß Weihnachten gefeiert wird, „weil Christus in Bethlehem war."

Die Stimmung der Frau Sch. erscheint zunächst indifferent. Nach längerem Verweilen in der Klinik aber sehr gedrückt, bisweilen vielfach auch moros, nörglerisch und gereizt. Sonst ist sie vollkommen antriebsarm, stumpf und affektleer.

Frau Sch. hatte sich zuletzt ihrer Idee der Untreue und der schlechten Behandlung von seiten ihres Mannes so hingegeben, daß

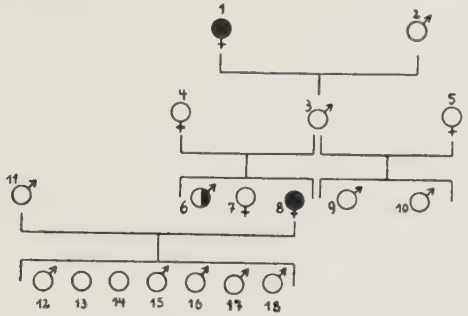
sie nach ihrer Entlassung aus der Klinik nur kurze Zeit zu Hause gehalten werden konnte. Es kam täglich zu Streitigkeiten mit ihrem Mann und den Kindern, sie zerschlug dann alles Porzellan, und die Kinder flüchteten aus dem Hause, sodaß sie in die Prov.-Heilanstalt E. eingeliefert werden mußte. Der Ehemann stellte darauf den Antrag auf Scheidung.

Epikrise: Im vorliegenden Falle handelt es sich um eine echte Chorea Huntington, die auf erblicher Anlage beruht und sich langsam entwickelt hat. Die gleichartige direkte Heredität läßt sich mit Sicherheit nachweisen. In der vorstehenden Beobachtung haben sich gleichzeitig mit dem Auftreten von körperlichen Störungen psychische bemerkbar gemacht. Nach und nach bildet sich eine geistige Schwäche aus, zugleich mit Veränderungen des Charakters. Frau Sch. war früher still und gutmütig, wird jetzt laut, reizbar, leicht heftig und besonders stark aggressiv gegen ihren Mann, wenn auch bei allem Handeln ein Zug der natürlichen Gutmütigkeit nicht ganz verwischt wird. Sie beschuldigt ungerechterweise ihren Mann schwerer Mißhandlungen. Sie ist von dieser Idee so überzeugt, daß sie zum Rechtsanwalt geht und ohne Wissen des Mannes Scheidung beantragt. Obwohl immer das beste Einverständnis bestanden hat, will sie plötzlich von ihrem Mann nichts mehr wissen. Trotz allen Zuredens ist sie von diesem Gedanken nicht abzubringen.

Das Sensorium ist soweit frei, daß Frau Sch. vernünftige Antworten gibt, doch ist das Sprechen durch die Muskelzuckungen, die auch Lippe und Zunge einnehmen, sehr erschwert. Das Gedächtnis für zurückliegende Dinge scheint gut, wenn sich auch zuweilen Störungen vorfinden. Schon eine kurze Unterhaltung läßt den Eindruck gewinnen, daß Frau Sch. stumpf, aber besonders kritiklos ist. Gegenüber früher muß ihre geistige Persönlichkeit eine Abschwächung erlitten haben. Der Kreis ihrer Vorstellung ist eingeengt und verarmt. Er erstreckt sich nur auf die Anschuldigungen gegen ihren Mann und ihre Schwiegermutter.

Nach der vorstehenden Beobachtung ist man genötigt, in diesem degenerativen Charakter der choreatischen Geistesstörung eins der wesentlichsten Merkmale dieser Erkrankung zu erblicken. Es kann nicht fehlen, daß bei der verminderten geistigen Leistungsfähigkeit die Intelligenz immer stumpfer wird, und damit die geistige Gemeinschaft zwischen den Eheleuten zu Grunde gerichtet ist. Da die ersten Anfänge der Erkrankung schon vor der ersten Schwangerschaft liegen, und die geistige Erkrankung schon 3 Jahre während der Ehe bestanden hat, und bei der Progredienz des Leidens keine Aussicht auf Heilung besteht, hat der Mann einen triftigen Grund auf Scheidung der Ehe.

Fall II. Frau Maria Meier, geb. am 31. 3. 1883.
Die Familiengeschichte geht aus folgender Familientafel hervor:



1. 15—20 Jahre in B. in der Anstalt, an Veitstanz gestorben.
2.—5. gesund.
6. gestorben mit 17 Jahren an einem Gehirnleiden.
7. mit 45 Jahren an Uterus-Carcinom gestorben.
8. Proband.
9. und 10. Stiefbruder.
11. und 12. gesund.
13. und 14. Frühgeburt.
15.—18. gesund.

Frau M. war früher immer gesund. Seit 3 Jahren ist sie krank, und zwar hat sich eine Unruhe am ganzen Körper eingestellt, die sich mit Willen nicht unterdrücken läßt. Mit den Händen ist es angefangen, diese haben ganz unregelmäßig gezuckt. Dann sind Beine und Zunge hinzugekommen. Die ganze Krankheit hat sich ziemlich schnell entwickelt. Die Kraft ist in den Armen noch so gut, daß sie ihre ganze Hausarbeit noch allein verrichten kann. In der Schule ist sie gut mitgekommen, nach der Schulentlassung ist sie als Hausangestellte tätig gewesen.

Sie ist ungefähr 32 Jahre verheiratet und hat 2 Frühgeburten und 5 normale Geburten durchgemacht.

Frau M., die immer ihren Haushalt gut geführt hat, vernachlässigt plötzlich den Haushalt, wird sehr empfindlich und reizbar, beschuldigt ihren Mann der Untreue und des Saufens. Sie ist oft aggressiv gegen ihn, während sie mit ihren Kindern und Nachbarn keinen Streit bekommt. Ihr Mann soll während der ganzen Ehe kein richtiger Hausvater gewesen sein. Er sei leicht aufgeregt und habe sie öfter ohne Grund geschlagen.

1932 ist sie 2 Monate in der Prov. Heilanstalt L. gewesen. Hier war sie mitunter mißmutig und nörglerisch, etwas kritiklos und

zeigte Störung der Merkfähigkeit. Gegen ihren Mann war sie weiter paranoisch eingestellt.

Am 14. 11. 33 klagte ihr Mann darüber, daß seine Frau immer gereizter werde, ihn mit allen möglichen Gegenständen angreife, ihn der ehelichen Untreue bezichte.

Am 29. 8. 33 bestätigt der Sohn A., daß seine Mutter seit 1920—21 zunehmend gereizter geworden sei. Seit 1930 gerate sie dauernd mit dem Vater in Streit und greife ihn tätlich an. Die Veranlassung dazu liege aber bei ihr.

Das Gleiche sagt ein anderer Sohn L. aus.

Beruhigung trat in dem Zustande der Frau M. erst ein, als ihr Mann 1933 längere Zeit in Schutzhaft genommen war.

Seit September 1934 lebt sie von ihrem Mann getrennt, weil er die Scheidung beantragt hat. Sie ist damals gerade 4 Wochen bei einem ihrer Söhne gewesen, und ihr Mann hat, ohne ihr vorher etwas davon zu sagen, in dieser Zeit die Scheidung eingereicht. Sie lebt jetzt mit ihrem jüngsten Sohn, der noch nicht verheiratet ist, zusammen.

Im somatischen Befund ist besonders die allgemeine Unruhe am ganzen Körper auffallend. In ganz unregelmäßigen Abständen verzieht sich das Gesicht blitzartig zu Grimmassen. Dann wird die Zunge etwas vorgeschnellt, wobei Schnalzlaute entstehen, dann zuckt der ganze Kopf zur Seite oder wird kurz nach hinten gebeugt. Frau M. steht keinen Augenblick still, entweder wird kurz der Leib vorgeschoben, oder sie macht kurze ausfahrende Bewegungen mit den Armen oder knickt etwas in den Knien ein. Alle diese Bewegungen laufen wahllos und in ganz unregelmäßigen Abständen durcheinander, ohne daß Frau M. sie willkürlich unterdrücken könnte.

Ihr psychisches Verhalten ist meist unauffällig. Gelegentlich ist sie nörglerisch und mißmutig. Die Intelligenz bietet keine nennenswerten Störungen. Frau M. streitet entschieden ab, gegen ihren Mann eingestellt zu sein, auch als ihr die Aussagen ihrer beiden Söhne vorgehalten werden. Sie stellt unsinnige Forderungen und ist jeder Vorstellung gegenüber unbelehrbar. Sie will sich nicht scheiden lassen, da sie ihrem Mann keinen Anlaß dazu gegeben habe, sie lügt ohne Affekt, kritiklos. Scham und Reue sind ihr absolut fremd. Durch die dauernden Zuckungen empfindet sie lebhaft ihre Hilflosigkeit, sie glaubt, daß sie dadurch vollständig der Willkür der Umgebung preisgegeben sei. Sie zeigt sich mißtrauisch und unsicher, jede Bewegung, jedes Lachen, jedes Mienenspiel bezieht sie auf sich selbst, weil sie nicht mehr in der Lage ist, dem Gespräch und den Vorkommnissen in ihrer näheren Umgebung richtig zu folgen. Hat Frau M. etwas verstanden und aufgenommen, so behält sie es nicht schlecht. Selbst Namen und Ereignisse aus ihrem Leben be-

hält sie ziemlich gut, und ebenso ist auch das eigentliche Gedächtnis noch verhältnismäßig gut, wenn sich auch gelegentlich die Angaben als etwas ungenau und widerspruchsvoll erweisen. Die Gedankenarmut der Frau M. war auffallend. Sie erzählte täglich mit dem gleichen Wortlaut die Anschuldigungen gegen ihren Mann, haftete dauernd an dem einen Thema.

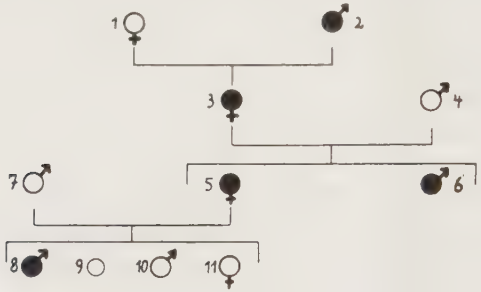
Epikrise: Das Leiden wurde bei Frau M. erstmalig bei ihrer Aufnahme in die Prov. Heilanstalt L. 1932 festgestellt und hat sich seitdem allmählich fortschreitend verschlechtert. Neben diesen sich in der Körperlichkeit abspielenden Erscheinungen ist Frau M. in psychischer Hinsicht etwa seit 1920—21 durch zunehmende Reizbarkeit aufgefallen, und zwar dadurch, daß sie von sich aus zu Streitigkeiten mit ihrem Mann neigte, ihn dabei tätlich angriff und ihn der ehelichen Untreue und des Trinkens bezichtete. Die Situation spitzte sich allmählich soweit zu, daß Frau M. 1932 wegen Geisteskrankheit verbunden mit Selbstmordgefahr und Gemeingefährlichkeit hauptsächlich für den Ehemann der Prov. Heilanstalt L. zugeführt werden mußte. Von hier aus wurde sie als ungeheilt entlassen. Ihr Benehmen gegenüber ihrem Ehemann änderte sich nicht. Sie wurde erst ruhiger, als sich ihr Mann in Schutzhaft befand. Auf Grund der Angaben ihrer beiden Söhne L. und A. von August 1933, also zu einer Zeit, als von Ehescheidung noch keine Rede war, kann mit Sicherheit angenommen werden, daß die Einstellung der Frau M. gegen ihren Mann einer wahnhaften Einbildung ehelicher Untreue entspringt.

Es liegt im Wesen des erblichen Veitstanz begründet, daß er oft mit hochgradigen Erregungszuständen und Wahnideen einhergeht, so daß man in solchen Fällen von einer echten Geisteskrankheit sprechen kann. Weiter besteht auch keinerlei Aussicht, daß hierin jemals eine Besserung eintritt, im Gegenteil ist mit Sicherheit zu erwarten, daß das Leiden fortschreitet und einen vorzeitigen Tod herbeiführen wird.

Hiergegen spricht nicht, daß Frau M. während ihres Aufenthaltes in der Klinik ruhig und umgänglich war, und zwar deswegen nicht, weil sich ihr Wahn fast ausschließlich gegen ihren Mann richtet.

Es liegt also bei Frau M. eine echte Geisteskrankheit vor. Diese hat während der Ehe mindestens 3 Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht, daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Eheleuten aufgehoben ist. Jede Aussicht auf Wiederherstellung der Gemeinschaft ist ausgeschlossen, so daß die Ehe nach § 1569 B.G.B. geschieden werden kann.

Fall III. Frau Josefa Wolf, geb. am 11. 12. 1888.
Die Familientafel umfaßt 4 Generationen.



1. gesund.
2. an Chorea gestorben.
3. 1917 an Chorea gestorben.
4. gesund.
5. Proband.
6. an Chorea gestorben in der Prov. Heilanstalt W.
7. gesund.
8. 10 Jahre alt, hat Zuckungen im Gesicht, lügt, stiehlt, läuft von Hause fort.
9. Totgeburt.
10. an Pneumonie gestorben.
11. gesund.

Über die ersten Anfänge der jetzigen Erkrankung gehen die Aussagen des Ehemanns und der Frau W. selbst wesentlich auseinander. Der Ehemann behauptet, er habe die Zuckungen erstmalig bereits im Jahre 1914 festgestellt, und zwar in der Weise, daß seine Frau die Füße nicht still halten konnte. Die Zuckungen seien aber so geringfügiger Natur gewesen, daß er ihnen weiter keine Beachtung geschenkt, vielmehr seine Frau noch angehalten habe, die Füße doch ruhig stehen zu lassen. Die Zuckungen seien im Laufe der Jahre immer schlimmer geworden, hätten sich über den ganzen Körper ausgebreitet und an Intensität zugenommen. Genauere Angaben könne er jedoch hierüber nicht machen. Frau W. selbst bestreitet, daß ihre jetzige Erkrankung schon im Jahre 1914 in den ersten Anfängen sich bemerkbar machte. Sie gibt an, sie könne sich nicht genau besinnen, wann die ersten Krankheitserscheinungen eingesetzt hätten. Sie glaube, sich jedoch erinnern zu können, daß sie vor dem Jahre 1925 noch ganz gesund gewesen sei. Auch könne sie nicht mehr genau sagen, wie die Krankheit eigentlich angefangen habe. Sie habe seit dem Jahre 1925 oder 26 unter allgemeinen

Zuckungen am ganzen Körper zu leiden, seitdem könne sie nicht mehr ordentlich ihre Hausarbeit verrichten, habe keine Kraft mehr in den Händen, sie könne weder die Teppiche ausklopfen noch die Kleider ausbürsten. Die Bewegungen zu unterdrücken, gelinge ihr nicht. Allmählich hätten auch Gehstörungen eingesetzt, so daß ihr Gang immer unsicherer wurde. Bis zum Jahre 1929 hätten sich ihre Krankheitserscheinungen so verschlimmert, daß sie nicht mehr habe für ihre Kinder sorgen können, welche deshalb auch in einem Waisenhaus untergebracht wurden.

Seit dem Jahre 1925—26 machten sich nach Angaben des Ehemannes neben den körperlichen Veränderungen auch geistige Störungen bemerkbar. Frau W. wurde reizbar und aufgeregt. Sie kümmerte sich nicht mehr in genügender Weise um den Haushalt und ließ allen Dingen freien Lauf. Auch vernachlässigte sie die Kinder und sorgte nicht mehr dafür, daß die Mahlzeiten regelmäßig auf den Tisch kamen. Vorhaltungen des Ehemanns machten auf sie keinen Eindruck. Sie verhielt sich dagegen völlig ablehnend. Allmählich begann Frau W. auch unsinnige Einkäufe zu tätigen, sie wanderte nachts in der Wohnung herum, durchstöberte die Anzugstaschen des Ehemannes, nahm Geld fort, das zum Teil nicht einmal Eigentum des Ehemannes war. Auch Gelder für die Krankenkasse, die der Ehemann abliefern mußte, sowie solche für Kohlenlieferung nahm sie fort, von denen der Ehemann nie wieder etwas sah. Selbst ihr Vater hat sie in seiner Wohnung, als der Mann mit ihr zu einem Besuch dort war, bei einer Revision der Taschen des Ehemanns angetroffen. Sie hatte einen Betrag entnommen, den der Ehemann abliefern mußte. Erst nach längerem Drängen des Vaters gab sie das Geld wieder zurück und zwar mit dem Bemerken, sie habe nur Spaß gemacht. Schlüssel, die der Ehemann von seiner Eltern Wohnung nachts in der Tasche trug, nahm sie an sich und warf sie fort. Als der Mann wieder einmal ein Schlüsselbund seines Bruders über Nacht bei sich hatte, und dieses des Morgens fehlte, benachrichtigte er sofort seinen Bruder, und sie gingen sodann früh zusammen zu seiner Frau und „überrumpelten" sie. Bitten und Betteln ihrerseits hatten keinen Erfolg. Sie beteuerte hoch und heilig, keine Schlüssel gesehen zu haben, bis der Ehemann ihre Handtasche fand, worin die Schlüssel waren. Lachend bemerkte sie dazu, auch diese Schlüssel wären fortgeflogen, wenn der Ehemann nicht früh genug gekommen wäre.

Als die Kinder noch zu Hause waren, schloß sie, wenn diese von der Schule zurückkamen, die Türen ab und sprach mit ihnen vom Fenster aus. Sie ließ sie aber nicht herein, so daß der Ehemann, wenn er abends vom Dienst kam, die Kinder erst von der Straße aufsuchen mußte. Ohne Essen und Trinken liefen die Kinder sodann

ohne Aufsicht auf der Straße herum, den Tornister im Keller untergebracht, und die Frau lag auf dem Sofa und las Romane und Zeitungen. Sie war zu bequem, den Küchenherd anzumachen und brannte deshalb dauernd den Gasherd. An Gas hatte der Mann sodann pro Monat RM. 26.50 zu zahlen. Am Tage stand sie nicht anders auf, als wenn sie essen wollte. Um den Ehemann und die Kinder hat sie sich in letzter Zeit nicht mehr gekümmert. Morgens stand der Ehemann mit den Kindern auf, machte sie für die Schule fertig, hat sie gewaschen und angezogen und ihnen Kaffee und Butterbrote gegeben. Die Frau blieb im Bett liegen. Die Kinder kamen deshalb in das Waisenhaus, der Mann aß bei seinen Eltern, und die Frau bekam ihr Haushaltungsgeld für sich. Sie ging darauf zu Verwandten und Bekannten und verbreitete Gerüchte über ihren Mann, die nicht auf Wahrheit beruhten.

Die Reizbarkeit und Erregung nahmen allmählich immer mehr zu. Frau W. machte in noch größerem Maße die unsinnigsten Einkäufe. Beispielsweise kaufte sie mehrmals am Tage Pralinen, Schokolade, Gebäck und dergl., sodaß die Konditorsfrau den Bruder des Ehemannes darauf aufmerksam machte, sie würde Frau W. nichts mehr verkaufen. Auch bei der Bäckersfrau machte sie Schulden. Ihr gegenüber soll Frau W. geäußert haben, sie wolle ihren Mann schädigen, wo sie nur könne. An einem Tage hatte sie das gesamte Wirtschaftsgeld für einen Monat ausgegeben. Der Ehemann gibt weiter an, seine Frau habe überhaupt nicht mehr wirtschaften können, sei unberechenbar in ihrem Verhalten und außerordentlich stimmungslabil geworden. Ihre Streitsucht habe so zugenommen, daß ein Auskommen mit ihr nicht mehr möglich gewesen sei.

Bei der Aufnahme ließen sich bei Frau W. Erscheinungen feststellen, die auf eine schwere organische Veränderung des Centralnervensystems hinwiesen. Im Vordergrund standen unwillkürliche ruckartige Zuckungen, die sich über den ganzen Körper ausbreiteten. Sie waren von solcher Häufigkeit und Intensität, daß Frau W. selbst bei den geringsten Verrichtungen außerordentlich behindert war. So konnte sie sich z. B. nur mit großer Mühe allein an- und auskleiden. Durch dieselben unwillkürlichen Bewegungen war ihr Gang ruckartig-torkelig und so unsicher, daß sie achthaben mußte, nicht hinzustürzen.

In psychischer Hinsicht ist eine allmählich, aber stetig fortschreitende Verschlechterung unverkennbar. Frau W. ist sehr reizbar, empfindlich und egoistisch. Sie gerät wegen geringer Kleinikkeiten häufig mit den anderen Kranken in Streit. Dabei ist sie von einem ausgesprochenen Mißtrauen erfüllt, sie ist eine für das Pflegepersonal ungemein schwierig zu behandelnde Patientin. Ihre Stimmung ist sehr labil, sie weint sehr viel. Im Laufe der Beobachtung

konnte ferner eine deutliche Erlahmung der intellektuellen Fähigkeiten festgestellt werden, die u. a. in der ganzen Einstellung der Frau W. zu ihrer Krankheit und Situation zum Ausdruck kam. Sie hat wenig Interesse für Dinge, die nicht direkt mit ihrer Person in Beziehung stehen. Sie ist fast den ganzen Tag untätig, hin und wieder liest sie — aber nur oberflächlich — die Zeitung. Weihnachten 1934 war Frau W. einige Tage zu Hause. Nach Aussagen des Ehemanns hat es sehr schlecht gegangen. Auch hier konnte festgestellt werden, daß der Urlaub sehr nachteilig auf Frau W. eingewirkt hatte. Sie kam sehr aufgeregt mit gereizter Stimmung zurück, weinte sehr viel und schimpfte in gemeinen Ausdrücken auf ihren Mann. In den letzten Monaten drängte sie — ganz uneinsichtig für die Schwere des Zustandes — sehr nach Hause. Sie schreibt an ihren Mann Briefe, in denen sie ihn als „Schuft" und „gemeinen Kerl" bezeichnet und ihn maßlos beschimpft, daß er sie nicht nach Hause holen wolle. Andererseits betont sie, daß sie unbedingt wieder nach Hause zurück und mit ihrem Mann zusammen leben wolle; sie sei der Meinung, daß alles wieder gut werden könne.

Frau W. ist bei klarem Bewußtsein, ist über ihre persönlichen Verhältnisse genau orientiert. Sie gibt an, daß sie seit 1925 sich sehr leicht aufrege und reizbar geworden sei. Sie habe die Arbeit im Haushalt nicht mehr so gut erledigen können. Auch habe sie sich über ihre Kinder aufgeregt, weil sie so frech seien, und der älteste Sohn sich öfters von Hause entfernt habe. Auch gibt sie zu, daß sie die in der Vorgeschichte angegebenen Einkäufe von Pralinen, Schokolade und Gebäck getätigt hat. Sie habe kein Geld gehabt, um Lebensmittel einzukaufen und regelmäßig Mahlzeiten zu bereiten; deshalb habe sie Gebäck usw. gekauft, zumal sie beim Bäcker noch hätte borgen können. Ihr Mann habe ihr Wirtschaftsgeld nur in beschränktem Maße gegeben und das meiste für sich zurückbehalten. Auch habe sie sich bei Verwandten, Bekannten über ihren Mann „beschwert", unwahre Gerüchte jedoch nicht über ihn verbreitet. Die Wohnungsschlüssel ihrer Schwiegereltern habe sie ihrem Manne deswegen weggenommen, weil sie nicht hätte haben wollen, daß ihr Mann zu seinen Eltern ging (der Ehemann hat zeitweilig bei seinen Eltern gewohnt); das Geld habe sie deswegen heimlich aus den Taschen ihres Mannes entwendet, weil er ihr zu wenig Wirtschaftsgeld gegeben habe.

Frau W. versuchte bei jeder Exploration die Angaben ihres Mannes in der oben geschilderten Weise abzuschwächen. Sie gerät jedesmal in eine außerordentliche Erregung, sobald man mit ihr darüber zu sprechen beginnt. Sie gibt aber selbst zu, daß die Kinder weiter im Waisenhaus verbleiben müßten, da sie nach ihrer Meinung nur für ihren Mann und sich selbst sorgen könne. Frau W. ist

völlig einsichtslos für die Tatsache, daß sie schon allein ihrer körperlichen Gebrechlichkeit wegen auch einen verkleinerten Haushalt nicht besorgen kann. Aber nicht nur in der Auffassung der vergangenen und gegenwärtigen Dinge, sondern auch in ihren Plänen für die Zukunft zeigt Frau W. einen großen Mangel an Einsicht, der auf eine erhebliche Urteilsschwäche schließen läßt.

Frau W. ist sehr empfindlich und reizbar. Die geringsten Kleinigkeiten rufen bei ihr starke Erregungen hervor; sie ist sehr stimmungslabil und neigt leicht zum Weinen. Ihr Interessenkreis ist außerordentlich eingeengt und völlig egoistisch gefärbt. Sie ist sehr rechthaberisch und hält mit Zähigkeit an allen Wünschen und Absichten fest, ohne dann für rationale Motive zugänglich zu sein.

Da nach längerem Bestehen deutlicher geistiger Veränderung im Sommer 1935 ein dauernder tobsüchtiger Verwirrtheitszustand eintrat, und Frau W. darauf in die Anstalt in T. überführt wurde, stellte der Ehemann den Antrag auf Scheidung.

Epikrise: Die typischen Merkmale der Chorea Huntington sind auch bei Frau W. nachweisbar. Die erbliche Belastung ist vorhanden. Wann die ersten Krankheitszeichen eingesetzt haben, ist nicht sicher zu ergründen. Es kann wohl angenommen werden, daß die ersten Symptome, die der Ehemann bemerkt hat, ganz leichter Natur gewesen sind, da Frau W. vom Jahre 1915—19 noch im Telegraphendienst beschäftigt war. Jedenfalls steht fest, daß 1925 deutliche und 1929 schon ganz massive Krankheitserscheinungen bestanden haben. Der weitere Verlauf hat den progressiven Charakter bewiesen. Neben stärker auftretenden choreatischen Bewegungen hat die Erkrankung schwere geistige Veränderungen bewirkt, die in einer gesteigerten Affekterregbarkeit und Stimmungslabilität, einer erheblichen Schwäche der Merkfähigkeit und des Konzentrationsvermögens und vor allem in einer deutlichen Herabsetzung der Intelligenz, dann aber auch in einer großen Streit- und Verschwendungssucht zum Ausdruck kommen. Die Prognose kann in diesem Falle mit Sicherheit als absolut ungünstig bezeichnet werden, da die Erkrankung innerhalb von 1—2 Jahrzehnten zu vollkommenem körperlichen und geistigen Siechtum und schließlich zum Tod durch Entkräftung oder interkurrente Leiden führt.

Frau W. leidet also an einer Geisteskrankheit, infolge der Erkrankung sind geistige Störungen so erheblichen Grades hinzugetreten, daß Frau W. die geistige Gemeinschaft mit dem Ehegatten nicht mehr aufrecht zu halten vermag, und damit die Voraussetzungen des § 1569 B.G.B. erfüllt sind, nach dem die Ehe wegen Geisteskrankheit zu scheiden ist.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß die chronische Chorea der Erwachsenen eine Erkrankung ist, die wohl immer auf erblicher Anlage, auf dem Boden der dominanten Vererbung entsteht, sich langsam entwickelt, einen progressiven Verlauf nimmt und unheilbar ist. Sie pflegt in der Regel bei Erwachsenen in den mittleren Jahren aufzutreten, verschont aber das jugendliche Alter nicht ganz. Sie kennzeichnet sich durch das gleichzeitige Vorhandensein von körperlichen und seelischen Störungen. Das Wesentliche und Charakteristische des choreatischen Krankheitsprozesses auf psychischem Gebiete liegt in einer Erhöhung der Reizschwelle für äußere Eindrücke, in einer langsam zunehmenden Einengung des geistigen Blickfeldes für die primitivsten persönlichen Bedürfnisse, im Verlustgehen bzw. Abblassen wichtiger Erfahrungsinhalte, Abnahme der Urteilsfähigkeit und in einer reizbaren Apathie. Die psychischen Störungen verleihen neben den somatischen Krankheitserscheinungen der Chorea ein mehr oder weniger charakteristisches Gepräge. Damit ist aber auch die in der Choreaerkrankung liegende Disposition zur Geistesstörung gegeben, und nur von der genotypischen Konstitution des betreffenden Kranken hängt die weitgehende Verschiedenheit der psychopathologischen Erscheinungen ab. Die Chorea bringt die Gefahr, geistig zu erkranken, mit sich, sie trägt gewissermaßen den Keim zur geistigen Störung in sich, um ihn unter günstigen Verhältnissen auf geeignetem Boden zur reifen Frucht auswachsen zu lassen, und vernichtet damit den Bestand der Ehe vollständig.

Wie unsere Fälle zeigen, treten die psychischen Störungen bei der Chorea schon relativ früh auf, sodaß man schon im Beginn des Leidens von einer Geisteskrankheit sprechen kann. Und zwar handelt es sich um eine Geistesstörung, für die vor allem der § 1569 B.G.B. anwendbar ist. Die erste Vorbedingung dieses Paragraphen ist der Verfall in Geisteskrankheit. Folgt man der reinen Sprachbedeutung, so könnte man annehmen, daß ein Verfall in Geisteskrankheit den Eintritt von etwas Neuem voraussetzt, was vorher nicht da war. Man könnte also interpretieren, der Ehepartner müsse beim Eheschluß gesund gewesen und erst später in Geisteskrankheit verfallen sein. Aber die Gerichte begnügen sich meist schon mit der Feststellung, daß der Ehegatte geisteskrank ist, ohne danach zu fragen, wann dieser Zustand einsetzte. Aber neben dem Verfall in Geisteskrankheit fordert der § 1569 noch eine Dauer der Anomalie während dreier Ehejahre. Der Beginn dieser Frist hängt von der sicheren Feststellung des Vorhandenseins des Leidens ab, nicht aber von dem Augenblick, an dem die ersten Symptome oder Vor-

zeichen festgestellt worden sind, sondern vom eigentlichen Ausbruch ab, dabei bleibt gleichgültig, ob damals beim Ausbruch das Leiden als solches auch schon erkannt wurde.

Abgesehen von dem schon im Worte Geisteskrankheit geforderten hohen Grad seelischer Störung verlangt der § 1569 weiter, daß durch sie die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben ist. Dadurch wird ein schwierig zu erfassender Umstand in die Frage der Ehescheidung eingeführt. Nicht gemeint ist mit geistiger Gemeinschaft eine intellektuelle Entsprechung, sondern auch hier kann geistig ohne Sinnänderung durch seelisch ersetzt werden. Die gemeinte Gemeinschaft ist im Sinne dieses Paragraphen dann aufgehoben, wenn der kranke Ehegatte nicht mehr imstande ist, an dem Lebens- und Gedankenkreise der anderen irgendwie teilzunehmen, und wenn ihm das Bewußtsein seiner ehelichen Pflichten und Rechte abgeht.

Allen unseren Fällen gemeinsam ist ein Rückgang der geistigen Fähigkeiten, der den Kranken das Verständnis für die Pflichten der Ehe unmöglich macht. Da mit diesem intellektuellen Rückgang auch eine Beeinträchtigung des Gefühlslebens verbunden ist, so ist die notwendige Folge, daß gerade alle die Gefühlsmomente, die wesentliche Bestandteile des Begriffes „geistige Gemeinschaft" darstellen, verloren gegangen sind.

Weiterhin ist für die Ehe und damit für die geistige Gemeinschaft der Verfolgungswahn und Eifersuchtswahn unserer Kranken sehr bedeutungsvoll, weil er den kranken Ehegatten zum Feinde des gesunden macht. Wenn — wie in unserem Falle 2 — die Kranke mit einer Ehescheidung nicht einverstanden ist, dann ist es nicht etwa die Liebe und Anhänglichkeit an den Mann, welche sie dabei leitet, sondern der Wunsch, ihm hinderlich zu sein, ihm zu schaden, ihn zu beunruhigen und zu quälen.

Endlich verlangt dieser Paragraph, daß jede Aussicht auf Wiederherstellung der ehelichen Gemeinschaft ausgeschlossen ist.

Bei unseren Fällen sind durch die für die Chorea typischen seelischen Ausfallserscheinungen alle Voraussetzungen für diesen Paragraphen gegeben, sodaß die Ehe ohne Schwierigkeiten geschieden werden kann.

Die anderen Bestimmungen über Ehescheidung sind auf dem Verschuldensprinzip aufgebaut, nämlich auf dem § 1333 wegen Irrtums und § 1334 wegen arglistiger Täuschung. Die Täuschung kann von dem anderen Ehegatten oder einem Dritten mit oder ohne Wissen des Beklagten ausgegangen sein. Sofern der andere Ehegatte beteiligt ist, ist die Frage zu erörtern, ob der Kranke überhaupt zur Zeit der Eingehung der Ehe in der Lage war, zu erkennen, daß es sich um eine arglistige Täuschung handelte. Die Kranken

— wie in unseren Fällen —, die keine Krankheitseinsicht haben, werden nicht einsehen, daß sie gegen den § 1334 verstoßen haben. Wenn aber ein Ehepartner ein schweres, chronisches, körperliches und seelisches Leiden wie die Chorea bekommt, dann kann die Anfechtung der Ehe immer betrieben werden, da so gut wie niemals eine Anlage ausgeschlossen werden kann. Stellt sich dann auch noch heraus, daß Vater oder Mutter an der gleichen seelischen und körperlichen Erkrankung gelitten haben, wie unsere Fälle zeigen, so ist man gezwungen, bei der Tochter eine „Anlage" zu dieser Erkrankung anzunehmen. Der Ehemann kann also seine Anfechtungsklage auf die Behauptung stützen, er habe erst jetzt erfahren, daß die Eltern seiner erkrankten Frau an dem gleichen Leiden gelitten haben. Hätte er das vor der Eheschließung gewußt, so wäre ihm die Möglichkeit, auch die Tochter könne gleichartig erkranken, so gewiß erschienen, daß dies ihn von der Eingehung der Ehe abgehalten hätte. Denn nur auf einen Umstand, der schon bei der Eheschließung vorlag, kann nach dem Wortlaut des Gesetzes die Anfechtung gegründet werden.

Zwar hat sich in neuerer Zeit in der Rechtsprechung seit einer Entscheidung des Reichsgerichts eine grundsätzliche Wandlung vollzogen. Nach dieser Entscheidung berechtigt eine während der Ehe ausgebrochene Geisteskrankheit ohne weiteres zur Anfechtung, gleichgültig, ob sie schon vor der Eheschließung, vielleicht erst nachträglich richtig gedeutete Symptome gesetzt hatte, und unabhängig davon, ob äußere Einwirkungen oder seelische Einflüsse bei ihrem Ausbruch mitgewirkt haben. Damit scheidet das Verhalten des Klägers als mitwirkende oder auslösende Ursache grundsätzlich aus. Von entscheidender Bedeutung ist nur die Anlage für eine vererbbare und vererbte Geisteskrankheit. Da diese angeboren ist, muß sie natürlich schon vor der Eheschließung, wenn auch nicht erkennbar, vorgelegen haben, und damit gewinnt sie die Bedeutung einer Eigenschaft im Sinne des § 1333 B.G.B. Nach dem Willen des Gesetzgebers wird also die Erbkrankheit grundsätzlich als Eheanfechtungsgrund anerkannt. Es genügt ihr alleiniger Nachweis, um der Klage zum Erfolg zu verhelfen.

Es darf aber trotzdem nicht übersehen werden, daß das Gericht vor seiner Entscheidung zu prüfen hat, ob die Voraussetzungen des § 1333 in objektiver Hinsicht, also nach der gesunden Volksanschauung, vorliegen und auch in subjektiver Hinsicht, d. h. gerade im Hinblick auf den vorliegenden Fall mit Rücksicht auf die Stellung, Bildung, Weltanschauung der Beteiligten gegeben sind.

Und schließlich darf auch nicht außer acht gelassen werden, daß nach § 1583 B.G.B. dem klagenden Ehegatten die Unterhaltspflicht obliegt, als ob er der allein schuldige Teil wäre, vorausgesetzt, daß

beide Teile den zur Anfechtung berechtigenden Grund, also die Anlage, nicht kannten.

Die §§ 1333 und 1334 bringen den Begriff der „verständigen Würdigung des Wesens der Ehe". Wie sehr dieser Begriff aber vom Zeitgeist beeinflußt ist, kann am Beispiel der Gegenwart aufgezeigt werden. Heute erhebt man die Forderung, daß zum Wesen der Ehe die Erzeugung keimgesunder Nachkommen gehöre. Wenn sich die Rechtsprechung künftig diesen Grundsatz zu eigen macht, könnte also ohne weiteres jede Ehe angefochten werden, in der der eine Eheteil an einer anlagemäßig bedingten Geisteskrankheit leidet. Denn dies setzt die Möglichkeit, daß die Kinder keimkrank sein können. Freilich erzwingt heute das Sterilisationsgesetz, auf Kinder überhaupt zu verzichten und den kranken Elternteil zu sterilisieren. Dieser Eingriff würde also diese Ehe einer solchen gleichsetzen, die aus anderen körperlichen Gründen unfruchtbar ist. Und Unfruchtbarkeit einer Ehe ist unter Umständen Anfechtungsgrund.

Herrn Professor Dr. K e h r e r fühle ich mich für die freundliche Überlassung des Themas sowie für die mannigfachen Anregungen und die Durchsicht der Arbeit zu großem Dank verpflichtet.

Literatur:

Bumke: Die exogenen Reaktionsformen und die organischen Psychosen: Handbuch der Geistes-Krankheiten, Spez. Teil III, J. 1928, S. 634.

Entres: Zur Klinik und Vererbung der Chorea Huntington: Monographien der Neurologie und Psychiatrie, Bd. 25—27, J. 1921, S. 34.

Entres: Genealogische Studien zur Differentialdiagnose zwischen Wilsonscher Krankheit und Huntingtonscher Chorea: Ztschr. für die gesamte Neurologie u. Psychiatrie, Bd. 98, J. 1925, S. 497.

Facklam: Beiträge zur Lehre vom Wesen der Chorea Huntington: Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. 30, J. 1898, S. 137.

Freund: Zur Vererbung der Chorea Huntington: Ztschr. für die gesamte Neurologie u. Psychiatrie. Bd. 99, J. 1925, S. 333.

Geratovitsch: Über Erblichkeitsuntersuchungen bei Chorea Huntington: Archiv f. Psych. u. Nervenkrankheiten, Bd. 80, J. 1927, S. 513.

Gibula: Zur Frage der Chorea Huntington: Archiv f. Psych. u. Nervenkrankheiten. Bd. 89, J. 1930, S.780.

Gütt Rüdin Ruttke: Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, J. 1936, S. 144.

Goldstein: Ein kasuistischer Beitrag zur Chorea chronica hereditarea: Münch. med. Wochenschr. Bd. 60, J. 1913, S. 1659.

Harms: Chorea degenerativa: Ztschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie, Bd. 66, J. 1921, S. 337.

Hochheimer: Zur Psychologie des Choreatikers: Journal für Psychologie und Neurologie. Bd. 47, J. 1936, S. 49.

Hoche: Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. J. 1934, S. 196.

Hübner: Lehrbuch der forensischen Psychiatrie. J. 1914, S. 519.

Hübner: Das Eherecht der Geisteskranken und Nervösen. J. 1921, S. 67.

Kehrer: Die Diagnose des Erbveitstanzes und seine rassenhygienische Bedeutung: Dtsch. med. Wochenschrift. Bd. 61, J. 1935, S. 2039.

Kehrer: Ursachen und Erblichkeitskreis von Chorea, Myoklonie und Athetose: Monographien der Neurologie und Psychiatrie. Bd. 50—52, J. 1928, S. 122.

Kehrer: Extrapyramidale Erkrankungen: Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten von Weygandt, J. 1935, S. 298.

Kehrer: Erbliche organische Nervenkrankheiten: Handbuch der Neurologie, Bd. XVI, J. 1936, S. 223.

Kehrer: Die erblichen Nervenkrankheiten: Dtsch. Zt.-schr. f. Nervenheilkunde, Bd. 83, J. 1925, S. 208.

Kehrer: Bemerkungen zu der Arbeit von J. L. Entres: „Genealogische Studien zur Differentialdiagnose zwischen Wilsonscher Krankheit und Huntingtonscher Chorea". Ztschr. f. d. gesamte Neurologie und Psychiatrie. Bd. 100, J. 1926, S. 476.

Meggendorfer: Die psychischen Störungen bei der Huntingtonschen Chorea, klinische und genealogische Untersuchungen. Ztschr. f. d. gesamte Neurologie und Psychiatrie. Bd. 87, J. 1923, S. 23.

Meggendorfer: Eine interessante Huntingtonfamilie: Ztschr. f. d. gesamte Neurologie und Psychiatrie. Bd. 92, J. 1924, S. 655.

Meggendorfer: Erbanlagen und erbliche Belastung als „persönliche Eigenschaft" im Sinne des § 1333 B.G.B. Ztschr. f. d. gesamte Neurologie und Psychiatrie. Bd. 128, J. 1930, S. 342.

Schuckardt: Chorea und Psychose: Ztschr. f. Psychiatrie. Bd. 43, J. 1887, S. 337.

Schultze: Über Anfechtung der Ehe, § 1333 B.G.B., vom psychiatrischen Standpunkt. Münchener med. Wochenschrift. Bd. 26, J. 1937, S. 1015.

Schuppius: Zur Kenntnis der Intelligenzstörung bei der chronischen progressiven Chorea. Ztschr. f. d. gesamte Neurologie und Psychiatrie. Bd. 8. J. 1912, S. 386.

Zinn: Beziehungen der Chorea zu Geistesstörungen: Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. 28, J. 1896, S. 411.

Lebenslauf.

Als Sohn des verstorbenen Arztes Dr. med. Franz Loeser und seiner Ehefrau Maria geb. Schulte-Menze wurde ich am 16. Juni 1909 zu Lippstadt geboren. Ich besuchte zunächst die Rektoratschule in Lippstadt, dann das Gymnasium in Prüm, wo ich die Reifeprüfung ablegte. Ich widmete mich darauf dem Studium der Medizin. Die vorklinischen Semester absolvierte ich an den Universitäten Wien und Rostock, die klinischen an der Universität Münster. Dortselbst bestand ich das medizinische Staatsexamen. Im Anschluß daran war ich den größten Teil meines Praktikantenjahres an der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Münster tätig.